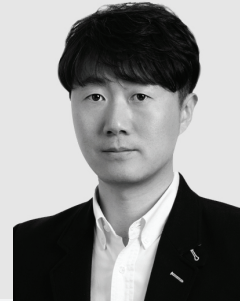


2020년 OECD 보건통계를 통해 살펴본 우리의 보건의료 현황과 통계 정보 생산 개선 과제¹⁾



Current Status of Health Care in the OECD
Health Statistics 2020 and Improvements of
Health Statistics

신정우 | 한국보건사회연구원 연구위원

지난 7월 1일 경제협력개발기구(OECD)는 보건통계 데이터베이스(DB)를 최신 정보로 업데이트했다. 보건통계 DB는 건강 수준, 건강 위험 요인, 보건의료 자원, 보건의료 이용 등 1000여 개 항목으로 구성되어 있다. 이들 정보는 국민의 삶과 보건의료제도의 모습을 잘 보여 준다. OECD는 각종 통계 정보가 우리의 현실을 보여 주는 것을 넘어서 국가 간 벤치마킹 대상이 되고 심도 있는 정책 분석에 활용되기를 기대한다. 비록 이 정보는 OECD에 의해 공표되지만, 모두 각 국가가 생산, 수집하여 OECD에 제공한 것이다. 기초 자료를 생산, 수집하는 과정에서 우리의 현실을 돌아보고, 국제적으로 공표된 통계 정보를 통해 우리의 모습을 다시 한번 살펴봄으로써 더 나은 정책을 구상할 수 있을 것이다. OECD가 강조하는 근거 기반 정책은 통계 정보에 대한 우리의 수요와 적극적인 생산 의지에서 시작된다.

1. 들어가며

우리는 매 순간 크고 작은 결정을 한다. 그 결정은 때때로 다양하고 자세하고 질 좋은 통계 정보를 필요로 한다. 이러한 요구가 늘어나는 것은

그만큼 통계가 상황을 진단하고 나아가야 할 방향을 잡는 데 기초적인 정보가 되기 때문일 것이다. 통계에 대한 수요는 개인뿐만 아니라 국가에도 있다. 시대를 막론하고 강조되어 온 ‘근거 기반 정책(evidence based policy)’은 바로 통계

1) 이 글은 신정우 외. (2019a). 『2019년 OECD 등 국제기구통계 생산 및 관리』에 수록된 내용에 기초하되, 2020년 7월 시점의 국내외 상황을 반영하여 새롭게 구성하였다.

정보에 대한 국가의 정책적 수요를 반영한 용어이다.

통계에 대한 수요 창출은 경제협력개발기구(OECD)를 비롯한 국제기구에 의해 주도되기도 한다. 특히 OECD는 미래의 변화를 예견하기 위해 데이터를 비교·분석하고, 국제 표준을 세우는 것을 주요한 임무 중 하나로 보고 있다. 이를 실천하기 위해 회원국과 함께 통계 지표를 정의하고, 작성 기준을 마련하고, 공통된 양식으로 통계 정보를 수집한다. 한편, 수집한 모든 자료는 누구나 이용할 수 있도록 OECD가 운영하는 통계 포털사이트²⁾에 게시한다. 보건 분야도 대상이 된다.

OECD가 가장 최근에 수집한 자료는 2018년 기준 자료(t-2)이다. 이 자료는 2020년 7월 1일 자료 OECD 통계 포털에 등록되었다. 일부 국가는 OECD의 요청에 한발 더 나아가 2019년 자료도 함께 제공하였다. 이는 자료의 시의성을 강조하는 OECD 통계 정책에 따른 결과이다. 한편, 기준 연도에 해당하는 수치를 제공하지 못하는 국가도 있다. OECD는 국가 간 정보의 비교 가능성을 확보하기 위해 회원국에 최소한 기준 시점(t-2)의 자료를 제공해 달라고 요청하지만,³⁾ 국가마다 데이터 생산 기반이 다르므로 OECD의 요청을 따르지 못하는 경우도 있다. 개별 국가가 기준 연도의 자료를 내지 못하는 경우, OECD는 자료의 시의성 측면에서 자체적으로 추정된 값

(estimate value)을 DB에 담기도 한다. 대표적인 것이 보건의료비용 통계(Health expenditure and financing)이다. 보건의료비용 통계 정보는 OECD, 유럽통계청(EUROSTAT), 세계보건기구(WHO)가 연합한 보건계정팀에 의해 수집되는데, 여기에서는 회원국에 2018년 확정치와 2019년 잠정치(provisional value) 정보까지도 요구한다. 현재 이 DB에서는 OECD의 추정 결과를 바탕으로 주요 항목에 대한 모든 국가의 최신 정보(2019년)를 제공한다.

이 글에서는 OECD가 수집하고 있는 보건통계 항목이 무엇이고 이 항목이 통계 포털의 어느 영역(또는 분야)에 담기는지 살펴본다. 그리고 가장 최근에 공표된 자료 중에서 주요 지표를 뽑아 그 특성을 살펴본다. 마지막으로 OECD에 제공한 보건통계 정보의 활용성을 높이려면 향후 어떤 개선 활동이 뒤따라야 하는지를 점검한다.

2. OECD 보건통계 수집 항목과 OECD 통계 포털의 구성

OECD는 매년 회원국 간 회의를 통해 수집해야 할 보건통계 항목을 결정해 왔다. 2020년 현재 OECD는 보건통계를 세 분야(비금전적 보건통계, 보건의료비용, 보건의료 질 통계)로 구분하여 수집하고 있다. 이 중에서 ‘비금전적 보건통

2) <https://stats.oecd.org/>, OECD에서 제공하는 웹 기반 데이터베이스.

3) 단, 사망 원인에 관한 통계는 2017년 기준 통계를 최신 정보로 한다. 이는 OECD가 회원국으로부터 직접 수집하지 않고 다른 국제기구가 수집한 DB를 인용하는바, 데이터 교류를 위한 시간이 추가로 소요된다. 우리나라 자료는 통계청이 세계보건기구(WHO)에 제공하고 WHO가 이를 검토하여 OECD와 공유하는데, t-3년도 정보가 기준이 되고 있다.

계'와 '보건의료비용'은 보건통계 작업반에 의해 매년 수집되고, '보건의료 질 통계'는 보건의료 질과 성과 작업반에 의해 격년으로 흡수 연도에 수집된다.⁴⁾ 2020년 OECD에 제공된 항목은 비금전적 보건통계가 803개 중 669개, 보건의료비용이 117개 중 117개, 보건의료 질 통계가 75개 중 45개이다.⁵⁾

비금전적 보건통계는 건강 수준, 건강 위험 요인, 보건의료 자원, 해외 수련 의료 인력, 보건의료 이용, 의약품시장, 장기요양, 사회보장 영역으로 구분된다. 영역마다 16~424개 항목으로 구성되는데, 보건의료 이용(424개)과 보건의료 자원(114개)이 항목 수가 많은 편이다. 두 영역의 항목 수가 많은 이유는 보건의료 이용은 질병별로 통계 정보가 수집되고 보건의료 자원은 인적 자원과 물적 자원의 종류가 다양하기 때문이다. 해외 수련 의료 인력 정보는 큰 범주에서 보건의료 자원 영역에 포함할 수도 있겠지만, 둘을 구분하는 것은 의료 인력의 국가 간 이동 정보에 대한

국제기구(OECD, WHO, ILO(국제노동기구) 등)의 관심과 의료 인력의 이동에 관한 OECD의 미래 작업 계획을 반영한 결과라고 볼 수 있다.

구체적으로 '건강 수준(Health Status)' DB는 사망률과 이환율 정보로 구성된다. 대부분의 정보(기대여명, 주관적 건강 수준,⁶⁾ 영아 건강 등)는 OECD가 회원국으로부터 직접 수집하고 있으나, 사망 원인별 사망 자료는 WHO로부터 공유받아 통계 정보를 제공하고 있다. 이 중에서 회피가능사망률(Avoidable mortality)⁷⁾은 최근 OECD의 관심을 반영하여 제공되기 시작한 정보로, 보건의료제도의 효과성을 보여 주는 대표적인 지표이다. 한편, 이환율을 보여 주는 지표 중에서는 주관적 건강 수준이 성, 나이, 소득, 교육과 같은 사회인구학적 특성과 결합되어 다양하게 발표되고 있고 OECD 삶의 질 지표(OECD Better Life Index)⁸⁾ 중 하나로 인용되는 등 주되게 활용된다.

'건강 위험 요인'은 건강의 비의료적 결정 요

4) 보건국은 2020년 현재 보건통계 작업반(Working Party on Health Statistics), 보건의료 질과 성과 작업반(Working Party on Health Care Quality and Outcomes), 환자 보고 지표 조사 작업반(Working Party on Patient Reported Indicator Survey), 예방의 경제 전문가 회의체(Expert Group on Economics of Public Health), 의약품 및 의료기기 전문가 회의체(Expert Group on Pharmaceuticals and Medical devices)를 운영한다. 전문가 회의체와 작업반은 기본적으로 규모에서 차이가 있지만 하는 역할에서도 차이를 보인다. 전문가 회의체는 수집하는 통계의 기준을 정하는 것에 활동의 중점을 두고, 작업반에서는 기준에 대한 검토에 더해 통계 정보의 활용성 강화 방안을 찾는 것에 더욱 집중한다.

5) OECD 통계 포털에 등록된 통계 수와 OECD에 제공되는 항목 수가 차이 나는 것은 OECD가 유엔, WHO 등의 국제기구로부터 공유받는 정보가 있기 때문이다. 사망 원인별 사망 자료를 예로 들 수 있다.

6) 주관적 건강 수준의 원어는 'Perceived health status'로 '주관적 건강 수준 양호 인지 비율'로 해석되지만, '주관적 건강 수준'으로 통용되어 쓰인바, 이 글에서도 통용된 용어를 사용한다.

7) 회피가능사망 목록은 최근 OECD와 Eurostat(2019)에 의해 정의되었으며, 예방가능사망과 치료가능사망으로 구분된다. 이와 관련한 OECD의 활동과 국내 논의는 신정우 외(2019b)를 참고하기 바란다.

8) OECD 삶의 질 지표는 주거, 소득, 직업, 지역사회, 교육, 환경, 시민 참여, 건강, 삶의 만족, 안전, 일과 삶의 균형 영역으로 구성되며 이 중에서 건강 영역은 주관적 건강 수준과 기대여명 지표로 구성된다(<http://www.oecdbetterlifeindex.org>에서 2020. 7. 2. 인출).

인(Non-medical determinants of Health)이라고도 불리며 담배 소비, 전자담배 이용, 식품 섭취, 주류 소비, 체중에 관한 39개 항목을 DB로 구성한다. 이 중에서 전자담배 이용 통계는 2020년에 처음으로 수집이 이루어지기 시작하였으며, 우리나라는 2021년부터 해당 정보를 제공할 계획이다.

‘보건의로 자원(Health Care Resources)’ 영역은 크게 인적 자원에 관한 정보와 물적 자원에 관한 정보로 구성되며, 114개 항목을 DB에 포함한다. 인적 자원은 의사, 간호사 등 주요 보건의로 종사자 정보를 보여 준다. 이 중에서 의사, 치과 의사, 간호사, 조산사, 약사는 임상(practicing), 활동(professional active),⁹⁾ 면허 소지(licensed to practice) 정보로 나뉘는데, 이에 따라 졸업 현황부터 임상 현장 투입까지의 자원 흐름을 체계적으로 살펴볼 수 있다. OECD는 주요 보건의로인의 소득 정보도 중요한 통계 정보로 간주한다.

한편, 물적 자원은 병원, 병원의 병상, 의료 장비 정보를 포함한다. OECD는 정책적 수요에 의해 병상을 기능별로 구분하는 것에 많은 관심을 두고 분류 체계를 변경해 온바, 현재는 병상을 급성기 치료 병상, 재활 치료 병상, 장기요양 병상으로 구분하고 있다. 또한 각 병상에서 정신 병상만을 추출한 정보를 추가로 제공함으로써 정신건강 영역으로 관심을 확장하고자 한다.

‘해외 수련 의료 인력(Health Workforce

Migration)’은 OECD가 2015년부터 수집하기 시작한 정보로, 해외에서 수련받은 의사와 간호사 정보 16개가 DB를 구성한다. 특정 시점의 유입 인원과 연간 유입 인원을 파악하는데, 특정 시점 정보는 수련받은 곳(국내, 해외), 자국민 여부, 최초 자격 획득 국가에 따라 세분된다. OECD는 이 정보를 임상 인력 기준으로 구축해 줄 것을 권고하지만, 만약 임상 인력 정보가 없다면 활동 인력이나 면허 소지자를 기준으로 통계를 작성해 달라고 요청한다. 이러한 요청의 배경은 앞서 언급한 것과 같이 국가마다 데이터 생산 기반이 다름에 따른다. 임상이나 활동 또는 면허 소지자로 작성 기준을 통일하지 않으면 수집된 자료의 비교 가능성은 저하되겠지만, OECD는 이보다는 관련 정보 수집 여부를 더 중요하게 생각한 것으로 이해된다.

‘보건의로 이용(Health Care Utilization)’은 전체 424개 항목에 달하며 외래 진료, 병원 진료, 시술, 대기 시간으로 세분된다. 외래 진료에 관한 정보 중에서는 1인당 의사 외래 진료 횟수가, 병원 진료 중에서는 평균 재원일수가 대표적으로 인용된다. OECD는 평균 재원일수, 병상 이용률과 관련해 급성기 치료 병상에 관한 정보만을 따로 수집하는데, 이는 자원의 기능적 구분(급성기 치료, 재활 치료, 장기요양)을 중요하게 인식한 결과이다. 병상 이용률은 대기 시간 정보와 함께 우리나라가 제출하지 못하고 있는 통계

9) 신정우 외(2019a)에서는 지표의 국문 명칭을 ‘관련 분야 포함 활동’으로 제시하고 있으나, 원어의 직관적인 해석을 위해 ‘활동’으로 변경하여 제시한다.

중 하나이다.

‘의약품 시장(Pharmaceutical Market)’ 영역은 크게 의약품 소비, 의약품 판매, 제네릭 의약품 시장으로 구성되며, 66개 항목을 포함한다. OECD는 WHO가 제시한 정의와 분류 체계인 ATC(Anatomic Therapeutic Classification)에 따라 의약품 정보를 수집한다. 한편, 제네릭 의약품 시장은 2012년부터 수집이 이루어지기 시작했다. 우리나라는 제네릭을 규정하는 법적 정의가 없고 제네릭 의약품과 오리지널 의약품을 등록하는 시스템이 부재하여 관련 정보를 생산하지 못한다.

‘장기요양 자원 및 이용(Long-term care resources and utilization)’ 영역은 크게 공식 장기요양 돌봄 종사자, 장기요양거주시설 침상, 장기요양 돌봄 수급자로 구성되며, 39개 항목을 포함한다. 이 중에서 공식 장기요양 돌봄 종사자는 시설과 재가로 구분되며, 각각의 인력 수와 전일제 환산 자료(FTE: Full-time equivalent data)가 수집된다. 한편, 장기요양 돌봄 수급자는 유급 장기요양서비스를 받는 사람을 뜻하며, 시설과 재가로 구분되어 정보가 수집된다. 우리나라에서는 시설과 재가를 모두 이용한 사람 양쪽에 각각 포함하고 있어서 장기요양 돌봄 수급자가 중복으로 집계된다.

‘사회보장(Social Protection)’ 영역은 18개

항목으로 구성되며, 크게 정부 및 사회건강보험과 민간건강보험으로 구분된다. 정부 및 사회건강보험은 의료보장 가입 인구와 가입률에 기초하여 급성기 입원, 외래 진료, 의약품 구매 모집단 정보를 담는다. 한편, OECD는 2006년 이후 민간건강보험 가입자 정보를 수집하는데, 국가마다 민간건강보험의 유형이 다양함을 고려하여 기본형(primary), 중복형, 보완형, 보충형으로 구분한다. 이 중에서 기본형은 정부나 사회보장제도가 없고 민간건강보험이 유일한 경우에 해당한다. 우리나라는 2013년부터 실손의료보험 가입자를 보완형과 보충형에 가입한 것으로 보고한다.¹⁰⁾

‘보건의료비용(Health expenditure and financing)’¹¹⁾은 우리나라 국민이 1년간 보건의료서비스와 재화를 이용하는 데 지출한 비용을 재원별, 기능별, 공급자별로 보여 주는 것으로 항목별로는 117개에 달한다. 하지만 OECD는 두 개의 차원을 엮은 교차 테이블 형태로 자료를 수집, 제공한다. ‘재원 × 기능’ 테이블, ‘재원 × 공급자’ 테이블, ‘기능 × 공급자’ 테이블, ‘재원 × 재원 마련’의 2차원 교차테이블(cross-tables)이 현재의 제공 양식이다. 물론 이용자는 필요에 따라 1차원으로도 통계 정보를 받아 볼 수 있다. 비록 아직까지는 다수의 국가가 제출하지는 못하지만 재원 수입에 관한 정보, 공급 요소에 관한

10) 실손의료보험이 국민건강보험의 급여 항목 일부(법정 본인부담분)와 비급여 본인부담금을 보상하고 있고, 보험 상품이 둘을 명확히 구분하지 않는 경우가 대다수이므로 모든 가입자가 보완형과 보충형에 동시에 가입된 것으로 보고 같은 수치를 제공한다.

11) 보건의료비용은 보건통계 작업반 내의 보건계정전문가팀이 별도로 생산·제공한다. 자세한 내용은 2018년 국민보건계정 보고서(정형선 외, 2019)를 참고하기 바란다.

표 1. OECD 보건통계 수집 항목

영역	요청 항목 수	세부 지표1
〈비금전적 보건통계〉	803	
건강 수준2	87	• 기대여명, 사인별 사망률, 모성 및 영아 사망률, 조기 사망률, 회피가능사망률 • 주관적 건강 수준(연령 및 성, 사회경제적 수준별 구분 제시), 영아 건강, 감염병, 암, 상해, 결근 정보
건강 위험 요인	39	• 담배 소비, 전자담배 이용, 주류 소비, 식품 섭취, 체중
보건의료 자원	114	• 의사(연령 및 성, 진료 분야 구분 제시), 조산사, 간호 인력, 개인보조원, 치과 의사, 약사, 물리 치료사, 병원 종사자, 졸업생, 보건의료인 소득 • 병원, 병원 병상, 의료기기
해외 수련 의료 인력	16	• 해외 수련 의사(특정 시점, 연간 유입 구분 제시), 해외 수련 간호사(특정 시점, 연간 유입 구분 제시)
보건의료 이용	424	• 진찰, 독감 예방접종, 검진, 병원 진료, 병원 퇴원 건수, 병원 평균 재원일수, 진단 검사, 외과 적 수술, 대기 시간
의약품 시장	66	• 의약품 소비, 의약품 판매, 제네릭 의약품 시장
장기요양	39	• 공식 장기요양 돌봄 종사자(재가, 시설 구분 제시), 장기요양거주시설 침상, 장기요양 돌봄 수급자
사회보장	18	• 정부 및 사회건강보험, 민간건강보험
〈보건의료비용〉	117	• 보건의료비와 재정(재원, 기능, 공급자별 정보 수록), 재원 수입, 공급 요소, 자본 형성, 질병·연령·성별 지출 정보
〈보건의료 질 통계3〉	75	• 일차의료 약제 처방, 급성기 진료, 정신보건, 암 치료, 환자 경험, 환자 안전, 일차의료

주: 1) 세부 지표는 OECD 통계 포털(<https://stats.oecd.org>)에 게시된 순서에 따르며, OECD가 세부지표를 집합하여 제시한 분류표(예: Mortality, Non-Medical Determinants of Health, Migration of doctors 등)는 표기하지 않음.

2) 건강 수준 중 사인별 사망률, 조기 사망률, 회피가능사망률의 경우, OECD가 각 국가를 대표하는 창구역(focal point)에게 요청하지 않고 WHO에 수집된 자료를 공유하여 OECD 인구 기준으로 표준화하여 산출, 발표하는바 공식적인 수집 항목 수로 집계하지 않음.

3) 보건의료 질 통계는 2년 주기(출수 연도)로 보고됨.

자료: 신정우, 고경환, 천미경, 조형경, 신지영, 진재현, (2019a), 2019년 OECD 등 국제기구통계 생산 및 관리, p. 22를 2020년 기준 정보로 업데이트함.

정보, 자본 형성에 관한 정보, 수급자의 특성(질병·연령·성별)에 따른 지출 정보를 OECD 통계 포털에서 확인할 수 있다.

내용은 『2018년 기준 보건의료 질 통계 생산』(김경훈 외, 2019)에서 확인할 수 있다.

‘보건의료 질 통계(Health Care Quality Indicators)’¹²⁾는 일차의료 약제 처방, 급성기 진료, 정신보건, 암 치료, 환자 경험, 환자 안전, 일차의료에 관한 75개 항목을 포함한다. 보건의료 질 통계는 건강보험심사평가원이 보건복지부의 위임을 받아 실무를 담당하고 있는바, 자세한

3. OECD 보건통계(Health Statistics) 2020을 통해 살펴본 우리나라의 현황

이 장에서는 2020년 7월 1일에 발표된 OECD 보건통계 중에서 정책 수요가 높은 통계 항목을 중심으로 우리나라의 상황을 점검해 보고자 한

12) 보건의료 질 통계는 보건의료 질과 성과 작업반이 별도로 생산·제공한다. 김경훈 외(2019)의 내용을 참고하기 바란다.

다. 보건의료제도에서 향상을 목표로 하는 국민의 건강 수준, 보건의료제도의 핵심 기능인 자원 마련과 서비스 이용, 건강을 결정짓는 주요 요인인 생활 습관, 고령사회에 대응하는 장기요양서비스에 관한 통계를 놓고 우리의 위치를 OECD 국가와 비교하여 살펴보았다.

‘건강 수준’을 측정하는 통계는 관심 대상에 따라 여러 가지를 들 수 있겠지만, 기대수명과 주관적 건강 수준은 높을수록 좋고 영아 사망률을 비롯한 각종 사망률은 낮을수록 좋다는 해석이 가능하다. 이 중에 OECD 국가와 비교해 눈에 띄는 차이를 보이는 것이 주관적 건강 수준, 자살률, 도로교통 상해 건수이다. 2018년 기준으로 주관적 건강 수준은 OECD 국가 평균에 비해 특히 낮았고, 자살과 도로교통 상해는 매우 많은 것으로 나타났다. 우선, 주관적 건강 수준과 관련해 우리나라 국민의 건강에 대한 자신의 평가가 이처럼 낮은지 다시 생각해 볼 필요가 있다. 현재의 DB에 따르면, 자신이 건강하다고 인지하는 사람의 비율은 OECD 평균이 68.0%, 우리나라는 32.0%이다. 두 배가 넘는 차이의 원인을 명확하게 밝혀내는 것은 어렵지만, 이러한 결과는 우리나라 국민의 심리 성향, 조사 환경, 선택지 구성 방법 등 여러 요인에서 비롯되었을 것으로 추정해 볼 수 있다. 한편, 자살은 우울, 불안 등 개인의 정신건강 문제와 직결되어 있으면서도 사회적 책임을 배제할 수 없는 것으로, 우리나라의 자살률이 OECD 국가 중에서 두세 번째로 높다는 측면에서 국가의 관리 강화가 촉구된다. 도로교통

상해 건수는 도로 안전에 관한 국민의 주의를 환기시킨다.

이러한 건강 수준에 영향을 주는 생활 습관, 즉 ‘건강의 비의료적 결정 요인(건강 위험 요인)’을 살펴보면, 우리나라는 대체로 OECD 국가에 비해 양호한 것으로 보인다. 흡연과 주류 소비는 OECD 국가 평균 수준, 과체중 및 비만은 낮은 수준, 채소 섭취는 양호한 수준으로 나타났다.

보건의료제도를 운영하는 기본 요소인 ‘보건의료 자원’은 인적 자원과 물적 자원으로 나뉘어 살펴볼 수 있다. 우선 인적 자원은 OECD 국가에 비해 적은 것으로 나타났다. 우리는 그동안 의사 수는 OECD 국가 중에서 가장 적고 간호사 수는 OECD 평균 수준이라고 인식해 왔다. 하지만 [그림 1]에 제시된 수치는 임상간호 인력으로 간호사와 간호조무사 수를 더한 것으로 OECD 평균이 인구 1000명당 8.9명인 데 비해 한국은 7.2명이다. 만약 간호사만 따로 본다면, OECD 평균에서 상당히 멀어지게 된다(OECD 평균 인구 1000명당 7.6명, 한국 3.8명). 물론 인력이 많고 적음만을 놓고 제도의 성패를 가르는 것은 문제지만, 간호대학 졸업생이 OECD 평균보다 많다는 점에 착안한다면(OECD 평균 인구 10만 명당 33.3명, 한국 39.6명), 배출된 인력이 임상 현장에 투입되지 않는 이유가 무엇인지에 대한 고민의 여지를 남긴다. 이를 임금 수준 등 근무 환경 정보나 지역별 취업 현황 자료와 결부해 살펴봄으로써 인력 관련 정책의 실효성을 높여야 한다. 한편, 인력 자원에 반해 물적 자원은 풍부

한 편인 가운데 병상은 인구 1000명당 12.4개로 OECD 평균(4.5개)을 훨씬 상회함을 확인할 수 있다.

‘보건의료 이용’ 현황 등을 살펴보면, 대체로 OECD 국가에 비해 의료서비스 이용량이 많음을 알 수 있다. 1인당 의사 외래 진료 횟수나 평균 재원일수는 OECD 국가와 많은 차이를 보인다. 하지만 급성기 치료 병상에 한정할 경우, 평균 재원일수는 OECD 평균에 근접하게 된다. 이러한 결과는 요양병원에서의 장기 입원 사례가 많음을 방증한다.¹³⁾ 보건의료서비스와 재화에 대한 지출은 OECD 국가에 비해 많지 않은 편이지만 급속하게 증가하고 있어서(정형선 외, 2019) 적절한 의료 이용을 위한 관리가 필요함을 시사한다. 의약품 중 항생제는 OECD 국가의 평균 소비량보다 많고 항우울제 소비량은 적은 것으로 나타났다. 항우울제 소비량이 적은 것은 우리나라 국민의 확인된 정신과 진료 건수가 적기 때문이기도 하지만, 대부분 다른 만성질환 치료 약품과 함께 복합제로 제공되고 있어서 OECD가 요구하는 기준(단일제)에 따라 집계가 안 되기 때문이기도 하다.

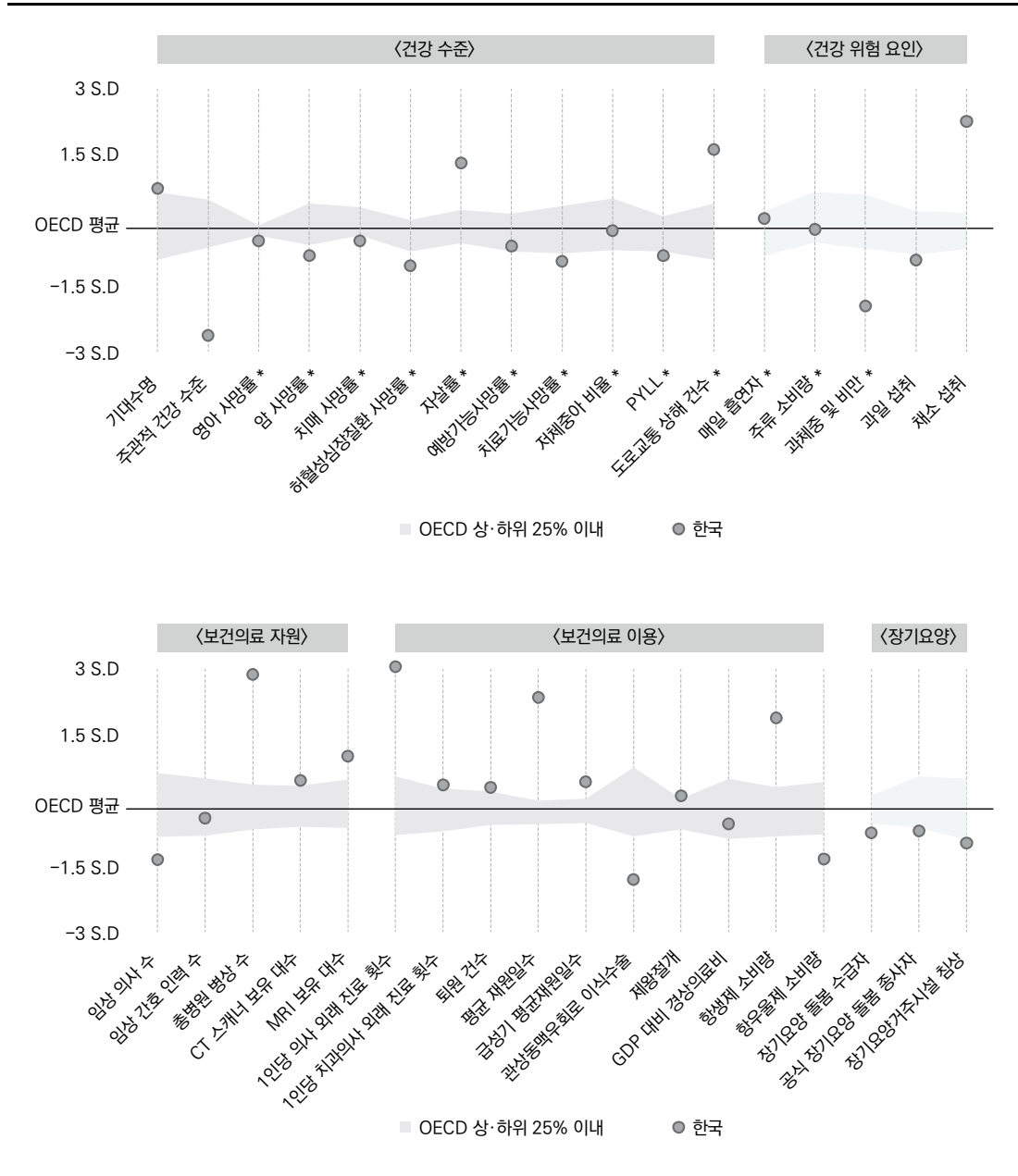
‘장기요양’ 영역을 세부적으로 살펴보면, 대부분의 지표가 OECD 평균에 미치지 못하고 있음을 알 수 있다. 대표적으로 장기요양 돌봄 공급자(시설, 재가)의 경우, 아직은 OECD 국가와 비교

해 많지 않은 편이나, 인구 고령화가 빠르게 진행되고 있고 노인장기요양보험제도가 점차 성숙하고 있으므로 공급자는 더 늘어날 가능성이 크다. 더불어 이를 위한 자원 역시 충분하지 않은 것으로 보인다. 공식 장기요양 돌봄 종사자 수와 침상 수는 현재 OECD 국가의 하위 25% 수준에 머물고 있다. 그러나 우리나라에서는 요양병원에 개설된 많은 병상이 건강보험의 테두리 안에서 사회서비스적 욕구(Needs)를 해소하는 데 쓰이고 있는바, 이 통계만으로 우리나라의 장기요양서비스 제공 현실을 이해하는 데는 한계가 있다. 대부분의 국가에서 사회서비스가 장기요양거주시설 기반의 침상에서 제공되고 있음을 볼 때, 통계적 관점에서 우리나라의 요양병원 인프라를 이 영역에 포함해서 살펴볼지 혹은 제도적 관점에서 요양병원의 기능 전환을 꾀해야 할지 검토가 필요하다.

여기에서 제시한 지표만으로 우리의 보건의료 현황을 총괄하고 제도적 성과를 전적으로 평가하는 것은 무리이다. 또한 수치의 높고 낮음을 놓고 절대적인 의미를 부여하는 것은 더욱 위험한 일이다. 특히 보건의료 자원이나 보건의료지출은 표면적으로 드러난 수준만으로 좋고 나쁨을 평가해서는 안 된다. 이는 건강 수준, 보건의료 질에 관한 성과(outcome 또는 output) 등과 연계할 때 적절한 판단이 가능하기 때문이다. OECD는

13) 병원 평균 재원일수 산출 대상은 급성기 치료 병상(2018년 기준 56.9%), 재활 치료 병상(0.4%), 장기요양 병상(42.4%), 기타 병상(0.3%)인바, 평균 재원일수는 급성기 치료 병상과 장기요양 병상에 의해 결정된다. 2018년 기준 우리나라의 평균 재원일수는 19.1일로 OECD 평균(8.1일)의 두 배에 가까운 상황에서 급성기 치료 병상의 재원일수가 7.5일(OECD는 6.5일)이라면 재원일수 산출 대상의 나머지 대부분에 해당하는 장기요양 병상에 의해 평균 재원일수가 19.1일로 늘어난 것으로 해석할 수 있다.

그림 1. 영역별 주요 보건통계



주: 1) *가 붙은 것은 낮을수록 긍정적으로 해석할 수 있는 지표임.
 2) 장기요양 돌봄 수급자는 재가와 시설 정보가 모두 존재하는 경우만 더한 것으로, 우리나라에서는 재가와 시설을 모두 이용한 경우 중복 집계됨.
 3) 기준 연도인 2018년 통계 정보가 없는 국가는 인접 연도(2016년 또는 2017년) 정보를 대체 투입하여 평균을 산출하였음. 단, 사인별 사망률(암, 치매, 허혈성 심장질환, 자살), 예방가능사망률, 치료가능사망률, PYLL은 2017년이 기준 연도임.
 자료: OECD Health Statistics 2020. <https://stats.oecd.org>에서 2020. 7. 2. 인출.

이러한 요구를 밑바탕으로 영역 간 지표 연계를 꾀하는 노력을 이어 가고 있다.¹⁴⁾

4. OECD 보건통계 생산의 개선 과제

OECD는 통계 수집 대상을 선정하고 작성 기준을 세울 때 개별 국가의 특수성보다는 OECD 국가 전반의 상황을 고려한다. 그리고 데이터의 비교 가능성을 중요하게 생각하다 보니 많은 국가의 정책 수요가 있는 통계, 많은 국가가 생산할 수 있는 통계를 중심으로 수집한다. 이러한 이유에서 때로는 우리나라 정보를 OECD 통계 포털에서 확인하기 어려운 경우도 있고, 때로는 우리의 현실과 맞지 않는다고 생각하는 경우도 생긴다.

정보가 많으면 많을수록 좋겠지만, 한정된 자원으로 많은 자료를 생산하다 보면 집중도를 잃을 수 있다. 이러한 제약이 있는 가운데 국내적으로 수요가 많지 않다면, 힘을 들여 OECD가 요청하는 통계를 생산할 필요가 있겠는가? 이와 관련해 OECD는 대기 시간 정보가 우리나라에서 정책적 우선순위가 높지 않다고 판단하고 있으며 요청 자료를 내지 않아도 된다고 안내하고 있다. 반면, OECD는 국내외적인 쓰임을 고려하여 보건의료인의 소득(Remuneration of Health Professionals) 정보를 제공할 것을 계속해서 촉

구하고 있다.¹⁵⁾

한편, 현재 생산되지 않는 통계 정보가 있다면, 이에 대한 정책 수요를 확인하고 생산 가능성을 진단하여 부족한 정보를 메꾸어 나가야 한다. OECD가 요청한 항목 중에서 현재 생산되지 않은 통계는 <표 2>와 같다. 이 중에서 무엇이 우리에게 필요한 정보인지 살펴보고, 무엇이 생산 가능한 것인지를 확인해야 한다. 통계 각각이 보여주고자 하는 정보가 다른 가운데 생산의 우선순위를 정하기는 쉽지 않은 일이지만 통계 정보의 효율적 생산과 효과적 쓰임을 위해 무엇보다 앞서 해야 하는 일이다.

이러한 과정에서 부처(혹은 유관 기관), 공사(公私) 간 협력이 필요하다. 예를 들어 제네릭 의약품과 오리지널 의약품을 구분하기 위해서는 새로운 등록 시스템이 만들어져야 한다. 이를 위해서는 보건복지부와 식품의약품안전처가 함께 논의해야 한다. 보건의료 자원 중에서 병상을 기능별로 구분하는 것은 보건의료제도의 기능 분화와 연계의 관점에서 정책적으로 매우 중요하지만, 민간의 자료 협조가 필수적이다. 인적 자원 정보 중에서 병원에 고용된 이들의 전일제 환산 자료(FTE)는 노동 정책의 선진화와 근무 환경 점검을 위해 중요하지만, 신고 시스템의 변경과 요양기관의 작성 협조가 뒤따르지 않는다면 불가능한

14) OECD는 보건위원회 내 작업반 및 전문가회의체를 연계하여 운영함으로써 영역 간 교류를 늘리고 협력을 강화하고자 한다(신정우, 2019).

15) OECD 회원국 중에서 관련 통계 정보를 한 항목도 제공하지 않는 국가는 우리나라가 유일하다. OECD는 전일제 환산 자료(FTE), 소득(remuneration) 등의 통계 정보를 통해 보건의료인의 근무 환경을 확인하는 데 지속적인 관심을 보이고 있다. 여기에서 'remuneration'을 국문으로 그대로 옮길 경우 '지급', '보상'이 되지만 이용자의 이해를 돕기 위해 '소득'으로 의역하였다.

표 2. OECD 보건통계 미생산 항목

영역	통계 지표	항목
건강	교육 수준별 기대여명	교육 수준에 따른 연령, 성별 기대여명
	결근	질환으로 인한 유급 결근
건강 위험 요인	전자담배 이용	15세 이상 전자담배 이용량, 15~24세 전자담배 이용량
보건의료 자원	의사	활동 의사
	조산사	임상조산사, 활동 조산사
	간호 인력	활동 간호 인력, 활동 전문간호사, 활동 부전문간호사
	개인보조원	임상 개인보조원, 활동 개인보조원
	치과의사	활동 치과의사
	약사	활동 약사
	병원 종사자	FTE(병원에 고용된 의사, 전문간호사 및 조산사, 부전문간호사, 보건의료보조사, 기타 보건 전문인력, 기타 종사자)
	보건의료인 소득	일반의 급여, 자영 일반의 소득, 전문의 급여, 자영 전문의 소득, 병원 간호사 급여
해외 수련 의료 인력	해외 수련 의사	해외 수련 의사 수 외 5개
	해외 수련 간호사	해외 수련 간호사 수 외 5개
보건의료 이용	병원 진료 총계	급성질환 치료 병상 이용률
	외과적 수술	전체/입원/당일 구분(줄기세포 이식, 복강경 맹장 수술, 복강경 담낭 절제술, 복강경 서혜 헤르니아 복원, 복강경 자궁 절제술)
	대기 시간	전문의 진단에서 처치까지의 대기 시간, 평균 일수, 중위 일수, 3개월 이상 대기한 환자 비율 (백내장 수술, 경피적 혈관 관상동맥 확장술, 관상동맥 바이패스, 전립선 절제술, 자궁 절제술, 고관절 치환 수술, 무릎관절 교체 수술)
의약품 시장	제네릭 의약품 시장	전체 의약품시장 대비 복제약품 양적 규모 외 7개
보건의료비용	-	-
보건의료 질 통계	급성기 진료	입원 후 2일 내 고관절 수술 실시율
	일차 의료: 약제 처방	경구 비스테로이드성 소염제(NSAID)와 항응고제 동시 처방률
	정신보건	정신질환자 병원 내 자살률, 정신질환자 퇴원 후 1년 내 자살률, 정신질환자 퇴원 후 30일 내 자살률, 중증 정신질환자의 초과 사망비
	환자안전	수술 재로나 기구 조각 잔존, 수술 후 창상개열, 고관절/슬관절치환술 후 폐색전증, 고관절/슬관절치환술 후 심부정맥혈전증, 기구 사용 질식분만의 산과적 손상, 기구 미사용 질식분만의 산과적 손상
	환자 경험	전문의 예약을 위한 4주 이상의 대기, 단골 의사 경험(진료 시간, 설명, 대화 기회, 치료 참여 기회)

자료: 신정우, 고경환, 천미경, 조형경, 신지영, 진재현. (2019a). 2019년 OECD 등 국제기구통계 생산 및 관리, pp. 146-150 요약 및 업데이트.

일이다.

새로운 통계를 생산하는 것 못지않게 중요한 것이 제공하는 통계 정보의 질적 관리 강화이다. OECD에 제공하는 통계 중 많은 정보가 기존에

발표된 자료를 인용하거나 유관 기관의 협조로 작성된 것이다. 이 과정에서 국내외적으로 대화 (communication)가 충분하지 않으면 OECD가 제시한 기준을 통계 작성 지침에 반영하지 못

하게 되거나 국내 자료의 특이점을 OECD에 전달하지 못하여 우리나라 제도에 대한 오해를 불러일으키게 된다. 통계의 생산과 제공만큼 중요한 것이 대화를 기반으로 한 통계 관리이다.

5. 나가며

통계는 우리의 삶을 보여 주고, 그 속에서 우리의 필요(Needs)를 찾아내는 중요한 역할을 한다. 그저 숫자라고만 보기에는 그 무게가 가볍지 않다. 많은 정책 목표가 통계를 기반으로 세워지고 평가가 객관적 수치에 근거하는 가운데 통계 생산 기반을 강화하는 것이 전 세계의 관심이 되었다. 보건통계 역시 경제, 노동, 교육, 사회, 환경 등 다양한 분야의 통계 정보와 함께 어우러져 우리 삶의 모습을 그리고 국가가 나아가야 할 방향을 제시한다.

OECD 국가와 비교했을 때, 우리나라 국민은 건강한 삶을 위해 좋은 생활 습관을 유지하려고 노력하고 있다. 또 잘 갖추어진 제도를 기반으로 의료서비스(외래 진료, 입원)를 시의적절하게 이용하여 치료로 피할 수 있는 사망을 줄이고 있다. 물론 부족한 면도 있다. 장기요양서비스 제공 인프라는 아직 OECD 국가 수준에 크게 미치지 못하고 있음을 확인할 수 있다. 비록 OECD 통계에서 드러나지는 않지만, 보건의로 인력과 시설의 지역 간 불균형 문제가 국내 여러 매체를 통해 지적되고 있다. 이처럼 국내외의 다양한 통계 정보는 우리의 삶을 그려 내는 도구이자 제도의 방

향을 안내하는 나침반이 된다.

그동안 OECD는 통계 정보의 수집과 제공을 위해 회원국과 경험을 공유하고 대화를 늘리는 등 여러 노력을 해 왔다. OECD가 제공하는 통계 정보를 더욱 잘 활용하기 위해서는 OECD가 왜 해당 정보를 수집하는지, 그 통계의 작성 기준을 어떻게 세우고 있는지를 이해해야 한다. 1000여 종에 달하는 통계의 수집 목적을 하나하나 살펴보는 것은 어렵겠지만, OECD의 통계 수집 활동이 큰 틀에서 국가 간 제도를 비교하고 벤치마킹하기 위함임을 이해했으면 한다. 이러한 측면에서 OECD는 통계 작성에서 비교 가능성을 중요하게 생각하고 있으며, 작성 기준을 세울 때 때로 우리의 생각이나 현실과 맞지 않는 경우도 생긴다. 이는 비단 우리만의 문제가 아니다. OECD 통계를 비교 분석할 때 주석이 달리는 이유는 바로 비교 가능성의 제약 때문이다.

그리고 OECD가 제공하는 통계는 국제기구가 제시한 지침에 의해 만들어진다는 수동적인 시각에서 벗어났으면 한다. 앞서 언급하였듯이, OECD의 통계 작성 지침은 회원국 간의 논의에 따라 정해지기 때문에 얼마든지 우리의 상황을 반영할 수 있는 여지가 있다. 국제기구의 의사 결정 구조상 비록 다수의 의견에 따르게 되더라도, 자료 생산을 위한 세부 작업이나 자료 제공 여부를 결정하는 것은 우리의 의지에 달려 있다. 자료를 생산하는 과정에서 유관 기관 간에 고민을 나누고 전문가들이 머리를 마주한다면 우리나라의 실정을 잘 반영한 통계를 생산할 수 있다. 또한

OECD 제공 통계의 활용도는 국내외적으로 더욱 높아질 것이다.

이러한 가운데 정책을 뒷받침할 수 있는 새로운 통계 정보들이 발굴된다면 더욱 다행스러운 일일 것이다. 시간이 흐를수록 새로운 통계에 대한 수요는 늘어날 것이다. 기존의 통계도 시대적 요구에 따라 가치와 의의가 변화할 수 있다. 변화하는 환경에 대응하여 보건통계의 쓰임을 넓히는 것은 국민의 삶을 더욱더 잘 이해하고 더 나은 보건의료제도를 만들기 위한 첫걸음임을 잊지 않았으면 한다. ■

보험공단, 건강보험심사평가원.

OECD Statistics Homepage. <http://www.oecdbetterlifeindex.org>에서 2020. 7. 2. 인출.

OECD Statistics Homepage. <https://stats.oecd.org>에서 2020. 7. 2. 인출.

OECD & Eurostat. (2019). Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death.

참고문헌

- 김경훈, 이도경, 김기영, 김진휘, 신민선, 권영근. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계 생산. 원주: 보건복지부, 건강보험심사평가원.
- 신정우. (2019). 해외출장 보고서: 제2차 OECD 보건통계 작업반 회의.
- 신정우, 고경환, 천미경, 조형경, 신지영, 진재현. (2019a). 2019년 OECD 등 국제기구통계 생산 및 관리. 세종: OECD 대한민국 정책센터, 한국보건사회연구원.
- 신정우, 정형선, 이승영, 정승용, 김태민, 신지영. (2019b). 보건계정체계에 기초한 보건의료의 효과성 지표 검토. 세종: OECD 대한민국 정책센터, 한국보건사회연구원.
- 정형선, 신정우, 문성웅, 최지숙, 김희년, 김예지, ... 백세중. (2019). 2018년 국민보건계정. 원주: 보건복지부, 연세대학교 의료복지연구소, 한국보건사회연구원, 국민건강